

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

WIEN I, WEIHBURGASSE 10-12, TEL. 514 06-0, FAX 514 06 42
 POSTLEITZAHL 1011, POSTFACH 213
 DVR: 0057746

1/SN - 62/ME

Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zu den Entwürfen einer 50. ASVG-Novelle, 16. Novelle zum BSVG, 21. Novelle zum B-KUVG,

18. Novelle zum GSVG:

| |
|--|
| Betrifft GESETZENTWURF |
| Zi. <u>62</u> 62 GE/19 <u>1</u> |
| Datum: 19. AUG. 1991 |
| Verf. Entwürfen wie folgt |

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich zu den o. a. Entwürfen wie folgt Stellung zu nehmen:

Die Ausführungen zu den Bestimmungen des ASVG sind auf die anderen Entwürfe sinngemäß anzuwenden.

Der vorliegende "Jubiläumsentwurf" einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz wird von uns zum Anlaß genommen, eine grundsätzliche Stellungnahme zur heutigen sozialen Krankenversicherung abzugeben. Wir verweisen diesbezüglich auf das vom Versicherungsverband der Österreichischen Privatversicherungen anlässlich des "100. Geburtstages der sozialen Krankenversicherungen" herausgegebene Werk "100 Jahre gesetzliche Krankenversicherungen - den Nulltarif gibt es nicht" von Hans Thür.

Kennt man diese hervorragende, wissenschaftlich fundierte Arbeit, so wundert es nicht mehr, daß Jahr für Jahr die Finanzierbarkeit einer den medizinischen Möglichkeiten und ethischen Notwendigkeiten angepaßten Krankenversorgung der Bevölkerung in Frage gestellt ist.

Auch von der Ärztekammer nicht nahestehenden Experten wird immer wieder betont, daß eine Kostendämpfung im Spitalsbereich nur über den Weg des Ausbaues der extramuralen Betreuungsmöglichkeiten zu erwarten ist. Dieser Ausbau extramuraler Betreuungsmöglichkeiten, dessen Notwendigkeit offensichtlich auch vom Ministerium erkannt wird, kann sich aber nicht darin erschöpfen, für eine beschränkte Dauer Kosten der Hauskrankenpflege zu übernehmen.

Eine Ausweitung des extramuralen Angebotes verlangt primär eine leistungsgerechte Honorierung der niedergelassenen Ärzte. Dazu gibt es aber in der vorliegenden Novelle keinerlei Ansätze. Die Novelle gefährdet im Gegenteil diese Zielsetzung.

Es ist geradezu grotesk, der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Leistungspflichten aufzubürden, solange sie nicht in der Lage ist, die ärztliche Krankenbehandlung zu adäquaten Tarifen sicherzustellen, wodurch mittelfristig immerhin das vom Gesetzgeber klar bevorzugte Sachleistungsprinzip ins Schwanken gerät.

Signifikant und in den Erläuterungen auch ausdrücklich bestätigt, ist der Umstand, daß die Gesundheitspolitik vom eigentlichen zuständigen Gesundheitsminister hin zum Sozialversicherungsbereich, also zum Sozialminister und zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, verlagert wird.

Damit setzt sich eine Entwicklung fort, die die Gesundheitspolitik immer mehr in das enge ideologische und finanzielle Korsett der Sozialversicherungen preßt. Genau die gegenteilige Entwicklung ist dringend notwendig. Das Sozialversicherungssystem bedarf deshalb einer Grundsatzdebatte, für die die Jubiläums-ASVG-Novelle eine durchaus geeignete Gelegenheit gewesen wäre, da das System an seine finanziellen und organisatorischen Grenzen stößt.

Die steigenden Möglichkeiten der Medizin und letztlich auch das zunehmende Anspruchsdenken der Bevölkerung bis hin zu "Mode-Erscheinungen" aus dem Bereich der alternativen Medizin, machen die Nulltarifideologie (die beste Medizin zum Nulltarif) zunehmend unvollziehbar.

Neben den fehlenden zukunftsweisenden Grundsätzen ist aber die Tatsache umso schwerwiegender, daß in den vorgelegten Entwürfen in den angeführten Schwerpunkten offensichtlich als Kaufpreis für die Zustimmung zur Beitragserhöhung den Krankenversicherungsträgern neue Pflichtleistungen übertragen werden, für die Sanierung der kassenärztlichen Grundversorgung aber keinerlei Maßnahmen, geschweige denn finanzielle Mittel, vorgesehen sind.

Es kann angesichts der einzelnen Honorartarife der ärztlichen Grundversorgung im extramuralen Bereich nur als Zumutung empfunden werden, wenn sämtliche Mittel aus einer geplanten Beitragsanhebung in den Spitalssektor oder in zusätzliche Aufgaben der Krankenversicherungen gehen sollen. Aus einer solchen Haltung spricht eine beträchtliche Unkenntnis gegenüber den realen Gegebenheiten bei der extramuralen Versorgung.

Die Österreichische Ärztekammer und auch die Landesärztekammern protestieren auf das entschiedenste und deponieren die eindeutige Forderung nach Stärkung der finanziellen Basis der kassenärztlichen Grundversorgung.

Denn dieses Problem beseitigt auch der vorliegende Entwurf einer 50. Novelle zum ASVG nicht. Es wird zwar - wie in der Vergangenheit immer wieder - durch die mit der vorgesehenen Novelle notwendigerweise verbundene Beitragserhöhung zur gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig eine Entspannung der Situation eintreten, in absehbarer Zeit aber das bereits bekannte Szenario der Finanzierungsschwierigkeiten wieder vorhanden sein. Es ist nämlich unter anderem in 41 Jahren seit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und 49 Novellierungen desselben u.a. nicht gelungen, den Grundsatz "soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie notwendig" zu verwirklichen, obwohl dieser Grundsatz unbestrittenermaßen die schlußendlich einzige Möglichkeit aufzeigt, die Finanzierung des Gesundheitswesens in ökonomischen Bahnen zu halten.

Seit Jahren wird die Notwendigkeit der Verwirklichung des obigen Grundsatzes erkannt und davon geredet, leider fehlen die Taten und mutigen Reformschritte.

Auch der Entwurf zur 50. Novelle zum ASVG ist diesbezüglich eine Enttäuschung, obwohl der Sozialminister die offensichtliche Dringlichkeit einer Reform der sozialen Krankenversicherung erkannt hat und von einer notwendigen Strukturreform und damit verbunden von Rahmenbedingungen für ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem spricht.

Der Sozialminister schlägt eine Reihe von finanziellen Vorleistungen der sozialen Krankenversicherung vor und verlangt (pro futuro) Maßnahmen in konkreten Bereichen des Gesundheitswesens, insbesondere den Aufbau einer flächendeckenden Versorgung im Sinne von Sozial- und Gesundheitssprengeln (eine noch leere Worthülle), sowie der Neugestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung im Wege eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells (derzeit noch nichts konkretes bekannt).

Dafür soll die soziale Krankenversicherung zu nachstehenden Leistungen, welche von finanzieller Bedeutung sind, bereit sein:

1. Medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung in der Krankenversicherung.
2. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung.
3. Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Dienste mit der ärztlichen Hilfe.
4. Wegfall des Ruhens des Kranken- bzw. Wochengeldanspruches bei Anstaltspflege bei gleichzeitigem Wegfall des Familien- und Taggeldes.

Daneben soll noch eine Vielzahl kleinerer Maßnahmen, die sich allerdings finanziell nur in geringem Ausmaß niederschlagen, eingeführt werden.

Wenn man bei den Punkten 1-3 noch von einem "Strukturreformbemühen" in der sozialen Krankenversicherung sprechen kann, trifft das für Punkt 4. mit Sicherheit nicht zu. Hier werden zusätzliche Mittel der Krankenversicherung umverteilt, die erst über Beitragserhöhungen hereingebracht werden müssen, immerhin geschätzte 215 Millionen Schilling !

Die "Strukturreformpunkte" 1-3 bedingen ein realistisch eingeschätztes Kostenvolumen (langfristig) von ca. 4 Milliarden Schilling im ASVG und ca. 5,1 Milliarden Schilling in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung !

Daß derartige Beträge - trotz teils erheblicher Reserven der Krankenversicherungsträger gepaart mit deren Mißverwaltung (siehe Trend Nr. 6/1991, Seiten 61 ff) - naturgemäß zu Beitragserhöhungen bei den Pflichtversicherten führen müssen, ist bereits offiziell.

Während der Bedarf für die Defizitabdeckung der Krankenhäuser entweder noch nicht feststeht, oder aber verschwiegen wird, sind die Finanzierungsschätzungen für die "Strukturreform", als auch die Leistungsempfänger angeführt.

In concreto fällt auf, daß

1. bei der medizinischen Hauskrankenpflege nur von einer flächendeckenden Versorgung mit dem benötigten Pflegepersonal und einem Kostenaufwand für dasselbe von 1,6 bis 2,4 Milliarden Schilling,
2. bei der medizinischen Rehabilitation nur von eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger bzw. stationären medizinischen Rehabilitationszentren mit Langfristkosten von 0,8 bis 1,2 Milliarden Schilling und
3. bei der Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Dienste mit der ärztlichen Hilfe nur von zur Behandlung zugelassenen Psychologen und Psychotherapeuten mit einem Kostenaufwand von 480 Millionen Schilling gesprochen wird.

Offensichtlich sind

1. bei der medizinischen Hauskrankenpflege keine Ärzte notwendig,
2. bei der Rehabilitation ausschließlich stationäre (möglichst krankenversicherungseigene) Zentren das Richtige,
3. psychologische bzw. psychotherapeutische ärztliche Hilfe nicht vorgesehen bzw. erwünscht.

Es ist also festzustellen, daß die vom Sozialminister vorgeschlagene - 4 Milliarden Schilling teure - Strukturreform der allgemeinen sozialen Krankenversicherung bis auf zu vernachlässigende Größen, die nichtärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (ASVG) betrifft.

Die ärztliche Hilfe und damit die ambulant-medizinische Versorgung der Bevölkerung durch freipraktizierende Ärzte, wird mit keinem Wort erwähnt, obwohl unbestrittenermaßen die weit überwiegende Zahl der Patienten, die Krankenbehandlung benötigen, die freipraktizierenden Ärzte aufsucht und von diesen auch behandelt wird.

Von einer "Strukturreform" in der sozialen Krankenversicherung zu reden, ohne sich Gedanken über eine Stärkung und den Ausbau der ambulanten ärztlichen Versorgung zu machen, ist deshalb schlichtweg unangebracht. Zudem ist jede ökonomisch sinnvolle Reform der Krankenhausfinanzierung nur dann möglich, wenn gleichzeitig die ambulante, medizinisch-ärztliche Versorgung ausgebaut wird. Hiefür stehen aber keine Mittel zur Verfügung !

Haben sich die Prioritäten in der medizinischen Betreuung der Bevölkerung so verschoben, daß ein weiterer Ausbau der ambulanten ärztlichen Versorgung sich erübrigt, oder gibt es etwa andere Gründe ? Es scheint sie zu geben !

Es ist ewig gestriges Gedankengut, daß Rehabilitations- bzw. "Remobilisations"einrichtungen nur stationär-zentral geführt werden können.

Es ist schlichtweg unverständlich und ein Affront gegenüber allen Ärzten, für psychologische und psychotherapeutische Leistungen von Psychologen und Psychotherapeuten 600 Millionen Schilling, für psychologische bzw. psychotherapeutische Leistungen der Ärzte im Rahmen der ärztlichen und damit weit umfassenderen Hilfe nichts vorzusehen.

Derartige Fehleinschätzungen, wie im Entwurf der 50. Novelle zum ASVG vorliegend, sind schlußendlich nur aus einem derart zentralistisch strukturierten Gesetz heraus, wie es das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ist, erklärbar.

Während im Bereich der Bundesverfassung die föderalistischen Bestrebungen nach und nach doch Erfolge aufweisen, ist es bei "der geheimen Verfassung Österreichs", nämlich beim Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, gerade das Gegenteil.

Die Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Gebietskrankenkassen, steht nur noch auf dem Papier. Von Jahr zu Jahr, mit jeder Novelle, hat sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mehr Kompetenzen angeeignet, sodaß es nicht von ungefähr kommt, daß der "Kompetenzartikel" des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (§ 31 ASVG) der umfangreichste des ganzen Gesetzeswerkes ist.

Abgesehen davon, daß sämtliche zentralistisch geführten Gesundheitssysteme gescheitert sind (siehe Ostblock) bzw. versorgungsmäßig und finanziell völlig unbefriedigende Ergebnisse vorweisen (siehe z. B. England, usw.), erleben wir auch täglich die Unflexibilität und Verwaltungsaufwendigkeit eines solchen Systems.

Um endlich eine tatsächliche Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, wird deshalb im Rahmen einer 50. Novellierung zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gefordert:

1. Die Gesamtvertragskompetenz des Hauptverbandes ist ersatzlos zu streichen und auf die Krankenversicherungsträger (Selbstverwaltungskörper !) zu übertragen.

Diese Maßnahme kostet den Pflichtversicherten und der Krankenversicherung keinen Schilling und gewährleistet dennoch eine viel flexiblere und bevölkerungsnähere medizinische Versorgung. Insbesondere im Bereich der Gebietskrankenkassen wäre dem Subsidiaritätsprinzip zum (längst fälligen) Durchbruch verholfen.

2. Neugestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung im Wege eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells gleichzeitig mit der
3. Neugestaltung der ambulanten ärztlichen Hilfe im Wege eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells (Prinzip der Einzelleistung).
4. Kompetenz zu Punkt 2. und 3. auf Landesebene.

Zum vorliegenden Entwurf ist grundsätzlich zu fordern, daß

1. der durch die vorgeschlagenen "Leistungsverbesserungen" zweifellos entstehende Mehraufwand im Rahmen der ärztlichen Hilfe (Leistungen der freipraktizierenden Ärzte) in die Mehrkosten miteingerechnet wird und aliquot die Mehreinnahmen für die ärztliche Hilfe gewidmet werden;
2. ambulanten Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung, soweit medizinisch sinnvoll und durchführbar, der Vorzug vor stationären gegeben wird;
3. die für die Psychologen und Psychotherapeuten vorgesehenen Mittel auch für im Rahmen der ärztlichen Hilfe durchgeführte psychologische bzw. psychotherapeutische ärztliche Tätigkeiten vorzusehen sind.

Zu den einzelnen Bestimmungen:**Zu § 117 bzw. § 133:**

Priorität einer Krankenversicherung muß der kurative Bereich, getragen von den freiberuflich tätigen Kassenärzten, haben. Prophylaxe und Krankheitsverhütung sowie Gesundheitsförderung sind noch der Krankenversicherung zuzuordnende Aufgaben und sollen auch in der Zukunft einen Schwerpunkt bilden.

Nicht selbstverständlich ist allerdings die Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation in die Krankenbehandlung; vor allem angesichts des Umstandes, daß hier schon derzeit Zuständigkeiten der Pensionsversicherungsanstalten und der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen. Es wäre daher naheliegend, die noch nicht von diesen Einrichtungen erfaßten Bevölkerungsgruppen dort einzubeziehen, statt neue - konkurrenzierende - Aufgaben für die Krankenversicherung zu schaffen, die zudem überwiegend in eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger zu erbringen sein sollen.

Zu § 118:

Hier wird gemäß Erläuterungen ein OGH-Erkenntnis zur Krankenordnung zum Anlaß genommen, eine chefärztliche Bewilligung für bestimmte Behandlungsmethoden (ärztliche Hilfe) auf gesetzlicher Basis zu konstruieren, mit der schlichten Begründung, daß eine chefärztliche Bewilligung ökonomisch unerläßlich sei. Auf die gesamtvertraglich normierte Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst wird nicht Bedacht genommen.

Der Gesetzestext hingegen stellt darauf ab, daß nicht notwendige, nicht ökonomische, oder nicht zweckmäßige Leistungen für den Versicherungsträger vermieden werden sollen.

Aus medizinischer Sicht muß dieser Bestimmung jegliche Sinnhaftigkeit abgesprochen werden, zumal es dem Recht des Patienten auf Behandlung widerspricht, vor einer medizinisch indizierten ärztlichen Hilfe eine chefärztliche Bewilligung einholen zu müssen.

Eine nachträgliche Bewilligung ist geradezu sinnwidrig.

Die allseits geforderte bürgernahe Medizin kann sicherlich nicht durch den Einbau neuer bürokratischer Hindernisse erreicht werden, wie eben einer chefärztlichen Bewilligungspflicht für ärztliche Hilfe, die nur die Verzögerung des Behandlungsverlaufes bewirken kann.

Zudem stellt sich die Frage nach der chefärztlichen Kompetenz im Lichte der ärztrechtlichen Problematik.

Wenn man davon ausgeht, daß der Chefarzt bei seiner Berufsausübung ärztliche Tätigkeiten verrichtet, so unterliegt er damit dem Ärztegesetz und im besonderen der Bestimmung des § 22 Abs. 2 ("der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar ... auszuüben"); des weiteren - so er ein Facharzt ist - § 13 Abs. 2 Ärztegesetz, der die Facharztbeschränkung auf das jeweilige Sonderfach bestimmt. Es ist zu befürchten, daß Fachärzte als Chefärzte bei ihrer Tätigkeit - so z.B. bei der Genehmigung oder bei der Untersagung der Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen oder auch ärztlichen Leistungen - diese beiden Bestimmungen eigentlich aus naheliegenden Gründen nicht immer einhalten können.

Ohne genaue unmittelbare Untersuchung des Patienten ist es geradezu unmöglich, eine verantwortungsvolle Entscheidung darüber zu fällen, ob eine medizinische Leistung bzw. ein Medikament für den Patienten in der jeweiligen Situation notwendig oder zweckmäßig ist.

Daraus ergibt sich ein unlösbares Problem der Haftung und Verantwortung für die ärztliche Behandlung bzw. Unterlassung der Behandlung infolge chefärztlicher Entscheidung (z.B. der behandelnde Arzt beharrt, entgegen der chefärztlichen Entscheidung, auf einer medizinischen Behandlung). Welche Sanktionen knüpfen an die neu normierte chefärztliche Bewilligung ?

Zur Beurteilung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ist der Kassenarzt bereits durch Vertrag verpflichtet und unterliegt diesbezüglich einer ständigen Kontrolle.

Unabhängig von der Belastung für den Patienten und den Aspekt der zeitlichen Verzögerung, sind zusätzliche Kosten zu erwarten, die den gewünschten Spareffekt aufheben.

Der Österreichischen Ärztekammer gegenüber argumentiert man, daß die im Entwurf vorgesehene chefärztliche Bewilligung primär dazu diene, eine Kontrollinstanz für die Behandlung durch Psychologen bzw. Psychotherapeuten zu schaffen, damit diese nicht ausufert.

Da keine auf bestimmte Berufsgruppen eingeschränkte Bewilligungspflicht möglich sei müsse man "generelle" Bestimmungen schaffen.

Gegen diese Überlegung spricht, daß

- a) die Unmittelbarkeit im Patientenkontakt weiterhin nicht gegeben ist und
- b) derzeit keine generelle Bewilligungspflicht besteht (eingeschränkt auf Heilmittel und Heilbehelfe).

Zu § 132 c:

Das Ziel der neu in Betracht kommenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gemäß Erläuterungen, ist die Verhütung bzw. Verzögerung der häufigsten Zivilisationskrankheiten. Näheres wird nicht ausgeführt.

Die Österreichische Ärztekammer vertritt die Meinung, daß schon aufgrund des engen Konnexes der Verhütung von Krankheit mit dem Krankheitsbegriff, die zwingende Notwendigkeit der ausschließlichen ärztlichen Kompetenz für den Bereich der Gesundheitsförderung gegeben ist.

Niemand anderer als der Arzt ist berechtigt und befähigt, das Vorliegen einer Krankheit zu diagnostizieren und über die daraus resultierenden notwendigen Maßnahmen zu entscheiden.

Weiters sieht sich die Österreichische Ärztekammer durch die Verankerung der Gesundheitserziehung im Gesetzesentwurf in einer langjährigen Forderung bestätigt, daß einzelne Positionen, wie z.B. das Ärztliche Gespräch, die Gesundenuntersuchungen, der Mutter-Kind-Paß, Risikogruppenerfassung bzw. -betreuung, ausgeweitet werden müssen, was bisher auf Widerstand des Hauptverbandes bzw. der Kassen gestoßen ist.

Keinesfalls sinnvoll erscheint jedoch die Gesundheitserziehung in ihrem hohen Stellenwert durch den sozialpolitischen Aspekt zu mindern, daß man eine unerprobte Struktur bzw. System betraut und dadurch mögliche Parallelitäten und ev. auch Kompetenzkonflikte schafft.

Die Effizienz der Gesundheitserziehung kann nur durch das höchste Ausbildungsniveau der Verantwortlichen und dem uneingeschränkten Vertrauen des "Patienten" garantiert werden, entsprechend dem Verhältnis Patient-Arzt.

Zu § 135:

Die im Gesetzestext formulierte Gleichstellung ärztlicher Hilfe mit psychologischer Behandlung durch Personen gemäß § 12 Abs. 1 Psychologengesetz, und psychotherapeutischer Behandlung durch Personen gemäß § 11 Psychotherapiegesetz, im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) und die diesbezüglichen Erläuterungen, weisen einen unübersehbaren Gegensatz auf.

Es wird in den Erläuterungen ausgeführt, daß "um die psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen" der im § 135 Abs. 1 ASVG bezeichnete Personenkreis um Psychologen bzw. Psychotherapeuten im Sinne der zitierten Gesetze erweitert werden soll.

Demnach soll der ärztlichen Hilfe nunmehr auch eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch Personen wie oben angeführt gleichgestellt werden.

Verstärkt wird die Richtigkeit der Erläuterungen gegenüber der Formulierung des Gesetzestextes weiters durch die Ausführung, daß die soziale Krankenversicherung nur Kosten für psychologische bzw. psychotherapeutische Krankenbehandlungen übernimmt, also Behandlungen von Störungen mit Krankheitswert, im Sinne des § 120 ASVG, der verantwortungsbewußter Weise unverändert bleibt.

Andere Behandlungen (z.B. Behandlung mit dem Ziel, die Reifung und Entwicklung des Behandelten zu fördern, oder eine psychosoziale Betreuung, Befindungs- und Verhaltensstörungen) werden somit von der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfaßt.

In jedem Fall ist es erforderlich, daß vor einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung das Vorliegen eines somatischen Leidens (körperliche Regelwidrigkeit) durch einen Arzt geprüft wird. Kann ein somatisches Leiden ausgeschlossen werden, wird eine psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung zu verschreiben sein.

Dies kann dann nur bedeuten, daß der zu novellierende § 135 Abs. 1, 2. Satz richtig zu lauten hat:

"Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche

- a) physiotherapeutische,
- b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
- c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind,

d) psychologische Behandlung

durch Personen, die gemäß § 12 Abs. 1 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt sind;

e) psychotherapeutische Behandlung

durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind."

Nicht ohne Grund stellen die Erläuterungen auf die Systematik der Krankenversicherung ab, wonach § 135 korrespondierend zu § 120 in Verbindung mit § 342 ff. steht und damit Behandlungen, die nicht vom Krankheitsbegriff des § 120 gedeckt sind, ausdrücklich aus der Leistungszuständigkeit ausschließt (vgl. OLG Wien, 21.12.1970).

Priorität im Krankheitsbegriff des ASVG und natürlich auch im Interesse des Patienten liegt in der Feststellung bzw. Unterscheidung, ob ein organisches oder psychisches Leiden vorliegt und diese kann aus fachlich-medizinischer Sicht nur der Arzt treffen.

Ist doch der Krankheitsbegriff untrennbar und ausschließlich mit der Ausübung des ärztlichen Berufes und den auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen (qualifizierte Ausbildung) begründeten Tätigkeiten verbunden. Diese sind insbesondere Untersuchung, Diagnose, Behandlung und Operation; also Tätigkeiten, zu deren Verrichtung die Gesamtschau des medizinischen Organismus, sowie die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, Voraussetzung sind (vgl. z.B. Schneider, Kassenarztrecht).

Rechtssystematisch ist es als ein eklatanter Bruch in der Entwicklung des Leistungsrechtes anzusehen, diagnostische und therapeutische Tätigkeiten von Nichtärzten, die nicht in einer qualifizierten Verantwortungsbeziehung zum behandelnden Arzt stehen, mit der ärztlichen Hilfe als Kassenleistung gleichzustellen.

In Verfolgung dieses Prinzips ist es Vertragsrecht geworden, daß selbst Ärzte gewisser Fachrichtungen - unabhängig vom Berufsrecht - nur aufgrund ärztlicher Verschreibung durch den behandelnden Arzt im Rahmen der Leistungszuständigkeit der Krankenversicherung therapieren können (z.B. Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik).

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, daß grundsätzlich zwischen Berufsrechten und Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (Kassenrecht) zu unterscheiden ist.

Es ist ein eklatanter Irrtum und eine Fehldarstellung zu glauben, das Berufsrecht einer Berufsgruppe ungeschmälert in das ASVG aufnehmen zu müssen.

Die gesetzliche Berufsberechtigung eröffnet die generelle Berufsausübung im Rahmen der berufsrechtlichen Grenze. Eine derartige Tätigkeit kann unabhängig von Krankheit, bzw. einer nicht dem ASVG unterliegenden Behandlungsmethode, ausgeübt werden.

Bei der sozialen Krankenversicherung geht es um den gesetzlichen Krankheitsbegriff und das Tätigwerden eines Berufes in diesem Zusammenhang, was nicht zwangsläufig eine vollständige Übernahme der Berufsberechtigung (wie dies auch bei anderen Berufsgruppen nicht der Fall ist) bedeutet.

Vollständigkeitshalber sei angemerkt, daß gemäß Vorbemerkungen zum Psychotherapiegesetz auch Ärzte weiterhin zur Psychotherapie berechtigt sind !

Unbegründet bleibt ferner die "Hervorhebung" der psychotherapeutischen Behandlung in § 135 gegenüber den Behandlungen durch ebenfalls freiberuflich und gleichermaßen fachspezifisch qualifiziert (Ausbildungsumfang) tätige Berufsgruppen der Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten.

Zu § 151:

Auch bei dieser Bestimmung besteht ein Gegensatz zwischen den Erläuterungen und dem Gesetzestext insoferne, als gemäß Abs. 4 die Hauskrankenpflege für die Dauer von längstens 4 Wochen gewährt wird, die Erläuterungen hingegen eine Verlängerungsmöglichkeit über Antrag vorsehen.

Das ASVG kennt keine zeitliche Grenze. Die Österreichische Ärztekammer verweist auf die Beantwortung der diesbezüglichen Anfrage durch den seinerzeitigen Bundesminister Dr. Walter Geppert, zu § 144 ASVG, vom 27. 6. 1990, in der ausgeführt wird:

"Die soziale Krankenversicherung hingegen hat die Aufgabe, für die Versicherungsfälle der Krankheit Vorsorge zu treffen, wobei Krankheit als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand definiert ist, der die Krankenbehandlung erforderlich macht (§ 120 Abs. 1 Z. 1 ASVG). Solange der Versicherungsfall der Krankheit vorliegt, besteht ohne Rücksicht auf die Dauer der Krankheit Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung. Auch der chronisch Kranke erhält - solange es der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand erforderlich macht - uneingeschränkt die Leistungen der Krankenbehandlung.

Wenn die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung und somit der Versicherungsfall der Krankheit nicht mehr gegeben ist, dürfen die Krankenversicherungsträger keine Leistungen mehr erbringen."

Da gemäß § 144 Abs. 3 keine zeitliche Begrenzung für die Anstaltspflege vorgesehen ist, darf eine derartige Schlechterstellung auch nicht für die Hauskrankenpflege eingeführt werden.

Ogleich die Einbeziehung der Hauskrankenpflege in den Leistungskatalog der Krankenkassen grundsätzlich zu begrüßen ist, wird auch die Feststellung, daß die Hauskrankenpflege aufgrund ärztlicher Anordnung und ständiger Betreuung bzw. Überwachung, also in enger Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft, zu erfolgen hat, gefordert.

Der Begriff "Hauskrankenbehandlung" wäre insoferne günstiger, als damit klar zum Ausdruck gebracht würde, daß es sich nicht um Pflege von chronisch Kranken oder Alten handelt, sondern nur Akutkranke erfaßt sind, die besonders intensiver Behandlung bedürfen (bei ambulanter Versorgung).

Gerade in diesem Fall ist ein besonders hohes Maß an ärztlicher Therapie notwendig, weshalb nicht sein kann, daß nur die Entscheidung über die Anordnung der Hauskrankenpflege, nicht aber die laufende Betreuung, in die ärztliche Kompetenz fällt.

Der Entwurf ist formuliert, als ob Ärzte für die Hauskrankenpflege nicht notwendig wären. Gemäß § 151 Abs. 2 ASVG wird medizinische Hauskrankenpflege erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden, oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des 6. Teiles dieses Bundesgesetzes stehen, oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

Dagegen muß schärfstens protestiert werden.

Soll die Zielsetzung dieser Bestimmung erreicht werden, nämlich Verminderung stationärer Aufenthalte bei besonders betreuungsbedürftigen Akuterkrankten, reicht es nicht für die finanzielle Bedeckung der Pflege allein Sorge zu tragen, sondern es müssen auch die vermehrten ärztlichen Leistungen honoriert werden.

Dies selbstverständlich unter Bereitstellung gesonderter Mittel und nicht durch die im Zuge der Honorarverhandlungen im Kassenarztbereich realisierten Honorarerhöhungen, die nicht einmal zur Abdeckung der sonstigen - nicht im Konnex zur Hauskrankenpflege stehenden - finanziellen Notwendigkeiten ausreichen. Eine Entlastung der Spitalskosten auf dem "Rücken" der ärztlichen Honorare ist völlig undenkbar.

Zu § 341 Abs. 1:

Entgegen den föderalistischen Bestrebungen hat sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit jeder Novelle mehr Kompetenzen angeeignet, sodaß die Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Gebietskrankenkassen, nur noch auf dem Papier besteht.

Um endlich eine Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, wird daher im Rahmen des vorliegenden Entwurfes gefordert, § 341 Abs. 1 wie folgt zu ändern:

"(1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die der jeweils zuständige Krankenversicherungsträger mit der örtlich zuständigen Ärztekammer abzuschließen hat. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen. Der Hauptverband kann mit Zustimmung des jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgers den Gesamtvertrag mit Wirkung für diesen abschließen."

Zu § 342 Abs. 1:

Hier wird vorgeschlagen, anstelle der Worte "dem Hauptverband", die Worte "dem jeweiligen Krankenversicherungsträger" einzusetzen, denn die hier normierte Abschlußkompetenz des Hauptverbandes wird als nicht mehr zeitgemäß erachtet.

Diese Maßnahme wäre sowohl kostenneutral, als auch unbürokratisch (weitere wird auf die Begründung zu § 341 Abs. 1 verwiesen).

Im Konnex zu obiger Bestimmung wäre § 31 Abs. 3 Z. 5 aus gleichgelagerten Gründen ersatzlos zu streichen.

Die vorgeschlagene Ergänzung in § 342 Abs. 1 Z. 6 wird vollinhaltlich abgelehnt und ist zu streichen.

Zu § 342 Abs. 2:

Diese Bestimmung ist nicht mehr zeitgemäß und kann aus der Sicht der Österreichischen Ärztekammer nicht mehr aufrechterhalten werden.

In Ergänzung zum vorliegenden Entwurf wird gefordert, im ersten Satz des Abs. 2 das Wort "grundsätzlich" ersatzlos zu streichen.

Diese Formulierung hat bis dato dazu geführt, daß anstelle von Einzelleistungen Pauschalsysteme vereinbart wurden, das ist nicht im Sinne des Gesetzes.

Eine Entlastung der Spitäler kann nicht durch pauschale Leistungen ersetzt werden.

Außerdem sind die Worte "und zu angemessenen Honoraren" aufzunehmen.

Demgemäß hat der zu novellierende § 342 Abs. 2, 1. Satz zu lauten:

"Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist nach Einzelleistungen und zu angemessenen Honoraren zu vereinbaren."

Zu § 349 Abs. 2:

Die Bestimmung sieht die Gesamtvertragskompetenz zwischen Krankenversicherungsträger und freiberuflich tätigen Psychologen bzw. Psychotherapeuten als freiwillige berufliche Interessenvertretungen vor.

Gegen eine eventuell im Zusammenhang mit Abs. 4 resultierende Kompetenzverlagerung hinsichtlich psychologischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen von Ärzten wird schärfstens protestiert.

Zu § 350:

Die geplante Veränderung lesen wir so, daß sie an die geltende Fassung des § 31 Abs. 3 Z. 11 ASVG angepaßt werden soll; sollte dies nicht zutreffen, erheben wir schärfsten Protest.

Zu § 360 Abs. 3:

Die hier vorgesehene Bestimmung wird aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich abgelehnt. Unter dem Hinweis auf das Grundbuchsumstellungsgesetz wird hier nämlich eine generelle Einsichtmöglichkeit in automationsunterstützt geführte Datenbanken zu normieren versucht. Lediglich der Hinweis auf die Amtshilfebestimmungen scheint uns datenschutzrechtlich nicht genügend und verfassungsrechtlich bedenklich.

Zu den §§ 90 Abs. 1, 117 Z. 4, 140 Z. 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 Z. 2 und Abs. 3, 152, 166 Abs. 1 Z. 1 und Abs 3, 238 Abs. 4 Z. 1:

Die hier vorgeschlagene Änderung (Wegfall des Familien- oder Taggeldes) wird abgelehnt.

Die für die vorgeschlagene Änderung erforderlichen zusätzlichen Mittel können in der Krankenversicherung sinnvoll und effizienter eingesetzt werden. Für Härtefälle sind bei den Krankenversicherungsträgern Unterstützungsfonds eingerichtet, die für den Ausgleich von Härtefällen zweckgewidmet sind.

Wien, am 13. August 1991

Mag.D/Ma.-